

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aseguranza/Medicaid/Chip ID #: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenina  Casado  Soltero  Niño  Otro

Teléfono(casa):(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (cell):(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (trabajo):(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Se encuentra ahora bajo cuidado de un médico?  Si  No

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? POR FAVOR MARCAR TODO LO QUE APLIQUE:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                | <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos               | <input type="checkbox"/> Alcohol              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular   | <input type="checkbox"/> Enfisema                    | <input type="checkbox"/> Desorden Mental/ Nervioso     | Frecuencia: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón         | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas       | <input type="checkbox"/> Ulceras/Problemas Estomacales | <input type="checkbox"/> Tabaco, Fuma         |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral          | <input type="checkbox"/> VIH/ SIDA                   | <input type="checkbox"/> Cáncer / Tumores              | Frecuencia: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                      | <input type="checkbox"/> Drogas ilegales      |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal            | <input type="checkbox"/> Alergias                    | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Esteroides           |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/ Ictericia        | <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Heridas en la Cabeza          | <input type="checkbox"/> Alergia a Codeína    |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Renales/ Riñón | <input type="checkbox"/> Válvulas Artificiales       | <input type="checkbox"/> Reumatismo                    | <input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Alteraciones Tiroideas      | <input type="checkbox"/> Colesterol                    | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex     |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios     | <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Anticonceptivos               | <input type="checkbox"/> Otras: _____         |
| <input type="checkbox"/> Asma/Sinusitis              | <input type="checkbox"/> Anemia/Problemas Sanguíneos | <input type="checkbox"/> Embarazada? meses: _____      | _____   |

Es alérgico o ha tenido una reacción a un medicamento? Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

Esta tomando medicamentos o pastillas, con o sin receta? Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

A sido hospitalizado o a necesitado que ir a la emergencia durante los últimos cinco años?  Si  No

Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

Tiene usted un problema de salud que necesitemos que aclarar?  Si  No

Sí es así, explique: \_\_\_\_\_

◇ La razón de su visita: \_\_\_\_\_

◇ Fecha de su ultimo examen dental: \_\_\_\_\_ ◇ Fecha de su ultima radiografia dental: \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y comprendido lo que aparece escrito arriba y que la información entregada en este formulario es fidedigna. Comprendo la importancia de que el historial medico sea fidedigno y de que mi dentista y su personal puedan confiar en el para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario, han sido contestadas satisfactoriamente. Yo no responsabilizó a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (\* Si es menor de 18 años, padre tutor legal tiene que firmar \*)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Preferencia del Paciente con Respecto a Comunicar Información de Salud

\* Si el paciente es menor de 18 años y usted no es el padre del paciente, por favor proveer documentación legal que declare que usted es el guardián legal de este paciente y tiene el poder para hacer decisiones que conciernen a este paciente.

#### **A QUIEN CONTACTAR**

Yo por este medio doy permiso a Gentle Smiles, P.A. y el personal para revelar y discutir cualquier información relacionada a la condición Dental/Médica/Personal de mi/mi hijo para/con los siguientes miembro(s) de familia, otro pariente(s), y/o un amigo(s) cercano.

_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono

\_\_\_\_\_ Yo por este medio doy mi permiso para cualquier miembro de la familia listado arriba para tomar decisiones (Iniciales) con respecto al tratamiento Dental/Médica/Personal de mi/ mi hijo(a) y les doy mi permiso para que los traigan a su a la oficina dental para tratamiento.

\_\_\_\_\_ Yo no deseo dar permiso a ningún miembro de la familia, parientes, o amigo(s) cercano para tener acceso a (Iniciales) cualquier información con respecto a la condición(es) Dental/Médica/Personal de mi/mi hijo o que los traigan a la oficina dental.

La duración de esta autorización es indefinida a menos que de lo contrario sea revocada en escrito. Yo entiendo que la petición para la información Dental/Médica/Personal de personas no listadas arriba se le requiere una autorización previa para revelar cualquier información dental.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Representante Legal / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo comprendo que tengo ciertos derechos de privacidad sobre mi información de salud. Estos derechos son dados a mi por la ley, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Yo entiendo que con el acto de firmar este consentimiento yo les doy autorización para que usen y divulguen mi información de salud protegida para:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo e indirecto por parte de otros proveedores de servicios médicos involucrados en mi tratamiento)
- Obtener pago de mi aseguradora
- Las operaciones de salud diarias de su práctica

También se me informó de mi derecho de revisar y obtener una copia de su Notice Of Privacy Practices, que contiene una descripción más completa de los usos y distribución de mi información de salud protegida y los derechos que me da la ley HIPAA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho a cambiar los términos de esta notificación y yo los puedo contactar para obtener la copia más reciente de esa notificación.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir restricciones sobre cómo mi información de salud protegida es usada y divulgada para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud, pero ustedes no están obligados a aceptar estas restricciones. Si ustedes aceptan, entonces están obligados a cumplir con las restricciones pedidas.

Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito cuando guste, por cualquier uso o distribuciones que ocurrieron antes de la fecha de retiro por escrito, no está afectada.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**Querido Paciente,**

Es importante que entienda que esta oficina es privada. Estamos comprometidos en establecer un buen cuidado para usted y su familia, y como es haci, esta oficina continúa en operar servicios por los precios cubiertos por servicios dentales. Es preciso señalar que todos los pacientes son responsables por todos los cargos. Es importante que entienda nuestro reglamento financiero.

**Seguranza**

Para los pacientes que tienen seguranza dental, es muy importante entender que la cobertura de benéfico real varía dependiendo de la póliza de seguros individualmente. La cantidad de los honorarios no cubiertos por el seguro se conoce como **co-pagos. Todos los co-pagos son esperados el mismo día del servicio.**

Como cortesía, estaremos encantados en ayudarle a determinar la cobertura que usted tiene disponible. Estimamos lo más cerca posible de su co-pago; sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Por lo tanto, no podemos garantizar el pago de sus reclamaciones, o aceptar la responsabilidad de la negociación de los reclamos con las compañías de seguros o de otras personas si su compañía de seguros solo pagan una parte de la factura o rechaza su solicitud. Usted es responsable por el pago total por los servicios prestados.

Una vez más todos los pacientes son responsables por todos los cargos. Si usted se niega en ser responsable por lo que se debe, reservamos el derecho de mandarlos a colecciones.

Si en caso que no pueda venir a su cita, usted nos debe de llamar por lo menos 24 horas antes de su cita, si no es así le cobraremos \$25.00 por no avisar. Para poder ofréceles un buen servicio por favor usted ayúdenos en venir a sus citas.

**Firma de Paciente Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_